RECOVERY KERNEL

PROTOKOLL I NDALIMIT TË PËRDORIMIT: METAMFETAMINË.

Egoditja, kronologjia dhe rruga për të rikthyer një sistem dopaminë që funksionon.

Ky udhëzues ndjek të njëjtën strukturë si seria "Prerje e Detektuar" e Recovery Kernel – një kuader sigurie, një referencë gjenetike, një klasifikim i modeleve të përdorimit, një protokol shpëtimi dhe një hartë e plotë e protokolit – e adaptuar në atë që është vërtet ndërprerja e metamfetaminës. Nuk është një rrezik konvulsiones siç është hiqja e benzodiazepinave. Sipas vetë Recovery Kernel, ky proces është "një nga përvojat biologjike më të paforshme" që një person mund të kalojë dhe përcakton një rrezik real dhe serioz: ulja shkakton një nivel thellësie depresioni dhe anhedonie aq të lartë sa që paraqet një rrezik të vërtetë vetëvrasjeje. Ky udhëzues e trajton këtë rrezik me të njëjtën seriozitet që udhëzuesi për benzodiazepinat i jep konvulsioneve.

Seksioni 0 — Siguria e menjëhershme: Lexoni këtë së pari.

⚠ KUJDES

Tërheqja nga metamfetamina nuk do të shkaktojë vdekje përmes konvulsioneve, ashtu siç mund të ndodhë me tërheqjen nga benzodiazepinat ose alkooli. Megjithatë, "rrudha" që pasojnë përdorimin intensiv ose të gjatë shkaktojnë një nga më të rëndësishmet gjendje psikologjike në mjekësinë e varësisë, dhe depresioni që shkakton paraqet një rrezik real për vetëvrasje. Trajtoni këtë "rrudhë" me seriozitetin e një çdo tërheqje fizike të përshkruar në këtë bibliotekë.

Kërkoni ndihmë emergjente menjëherë nëse përvojoni:

- Çdo mendim vetëvrasjeje ose dëmtimi të vetvetes, ose një ndjenjë se depresioni është më i vështirë sesa mund ta përballosh — telefononi ose dërgoheni me tekst në findahelpline.com, ose dërgojeni me tekst "HOME" në 741741, të dyja janë të disponueshme 24 orë në ditë, 7 ditë në javë.
- Dhimbje në gjoks, rrahje zemre të parregullta, vështirësi në frymëmarrje, dhimbje e fortë e kokës që fillon papritur ose dobësim i fytyrës/i krahut – këto mund të tregojnë një problem me zemrën ose goditje në tru, të dyja rreziqe reale pas përdorimit të lartë të stimulantëve, dhe kërkojnë thirrjen e menjëherë të 112.
- Delirium i paranojës, halucinationet ose mosmundësia për të dalluar atë që është reale – psikozja e shkaktuar nga përdorimi i metamfetaminës mund të zgjasë ditë deri në javë pas fundit përdorimi dhe kërkon vlerësim mjekësor.
- Agitim i madh ose një ndjenjë e humbjes së kontrollit mbi veprimet tuaja.

AZIL

Rënie e rëndësishme — lodhje ekstreme, hipersomni, urat e fortë dhe një valë depresioni — pritet dhe, vetëm nga vetja, nuk është emergjencë mjekësore. Është trupi që fillon të rikuperohet. Dallimi i rëndësishëm është i njëjtë me atë që përmendet në udhëzuesin për SSRI: gjendje emocionale dhe siguri, jo diskomfort. Nëse jeni në dyshim, kërkoni ndihmë.

Seka 1 — Pse Ekziston Ky Udhëzues

Kernel i Riprimjes vetë në udhëzimet e tij për metadon thotë qartë: "Diçka nuk ka shkuar keq. Trupi juaj po rregullohet. Mizeria është sinjali që riparimi fillon." Kjo fjali është ideja organizative pas të gjithë protokolit të ndërprerjes. Abstinença nga metadoni nuk ka kundërpërgjigje kimike dhe as zevendesues të sigurt dhe strategji ulëse, siç kanë benzodiazepinat ose opioidet - nuk ekziston një ekuivalent i "cross-taper" këtu. Ajo që ekziston në vend është një kronologji biologjike e dokumentuar dhe e parashikueshme, dhe të dish këtë kronologji paraprakisht vetë është një formë reduktimi i dëmshmërisë: është diferenca midis "kjo mizeri do të thotë se kam nevojë për më shumë metadon". "ndjehu normal" dhe "kjo vuajtje është dita e 3 e një procesi të dokumentuar që përfundon."

Një histori e shkurtër: Si u zbulua rreziku.

Metamfetamina u sintetizua për herë të parë nga efedrina në vitin 1893 nga kimia japonez Nagai Nagayoshi, dhe kristalizohet në formën që njihet edhe sot në vitin 1919 nga Akira Ogata. U patentua dhe u shit në Japoni në vitet 1920 me emrin "Philopon", duke u marketuar për lodhje, narkolepsi dhe humbje peshe - një produkt farmaceutik i ligjshëm, që ende nuk kuptohej si i rrezikshëm.

Kjo ndryshoi me përdorimin e saj masiv në Luftën e Dytë Botërore. Kimistët gjermanë të kompanisë Temmler patentuan formulën e tyre të metanfetaminës në vitin 1937, dhe deri në vitin 1938 ajo po shitej lirshëm me markën "Pervitin" – shpërndarë tek ushtarët e Wehrmacht-it në sasi shumë të mëdha (estimimet flasin për dhjetëra milionë tableta) specifisht për të mbajtur ritmin pa gjumë dhe të detyruar të marshimit të "Blitzkrieg", dhe tek punëtorët civilë të fabrikave për të mbështetur turnet e gjata. Japonia zhvilloi një program paralel, duke dhënë metanfetaminë pilotëve kamikaze dhe punëtorëve civilë të fabriksë me të njëjtën arsye: ajo lejonte që njerëzit e lodhur të vazhdonin të funksiononin përtej kufijve. trupit të tyre, ndryshe, i duhej që ta ndalonte vetë.

TE CENTURIONI

Kjo është origjina historike e modelit të saktë që përmendet në pjesën 5 të këtij udhëzuesi: përdorimi i një stimulatori për të mbajtur një ritëm pune joekstrem. Kjo ishte e vërtetë për ushtarët dhe punëtorët e fabrikave të lodhur në vitin 1940, dhe është e vërtetë edhe sot për të njëjtën model.

Rreziku u bë i padiskutueshëm pas luftës. Japonia, në veçanti, përjetoi një epidemi masive pasluftare kur magazinat ushtarake të kohës së luftës u hodhën në tregun

civil – sipas disa vlerësimeve, një pjesë e rëndësishme e popullsisë po përdorte drogjën në vitet që ndoqën fundin e luftës. Shkalla e varësisë, psikozës dhe dobjes fizike që kjo shkaktoi ishte aq e rëndësishme sa Japonia vendosi Ligjin për Kontrollin e Stimulantëve në vitin 1951, një nga rregullimet e para specifike për drogat në botë – një përgjigje ligjore direkte ndaj asaj që qasja e pakontrolluar kishte treguar në nivel kombëtar. Çfarë kërkoi një luftë globale dhe Një epidemi kombëtare e vendosur në vitet 1940 është, në thelb, po ajo leksion që kronologjia e seksionit 2 të këtij udhëzuesi synon të mësojë paraprakisht: kapaciteti i kësaj droge për të shkaktuar dëm rritet drejtëpërdrejt me sa më shumë trupi është i detyruar ta përdorë pa pushim.

Seksioni 2 — Kronologjia e tërheqjes.

Kohëzgjatja.	Çfarë po ndodh biologjikisht?	Si ndihet.	Çfarë duhet të bëni.
Orët 0-24 (Momenti i aksidentit)	Rezervat e dopaminës janë shterur; sinjalizimi i receptorëve po dobësohet.	Lodhje ekstreme, hipersomni, urë e fortë, depresion, ankth.	Gjumi. Ushqimi. Hidratimi. Mos luftoni "rrëshqitjen" – është trupi që fillon të rikuperohet. Elektrolitet.
Ditët 1-5 (Faza e izolimit).	Niveli i dopaminës është shumë i ulët; receptorët D2 janë ende të reduktuar; sistemi, në fakt, kërkon me urdhërim substancën kimike për të cilën ka evoluar.	Depresion i rëndë, anhedoni (pamundësia për të ndjerë kënaqësi), lodhje e thellë, dëshira intensive, çrregullime të gjumit, mjegull kognitive.	Ky është momenti me rrezik më të lartë për rikthimin e përsëritjes dhe për vetëvrasje në gjithë këtë udhëzues. Mos qenit i vetëm, nëse është e mundur. Dërgo një mesazh findahelpline.com nëse je në krizë. Filloni mbështetjen suplementare të fazës 1 (Seksioni 8).
Ditët 5-14 (Faza e "Gri")	Sipas shenjave, simptomat akute po zbehen; sistemi i dopaminës është ende i dëmtuar në mënyrë të rëndësishme; rigenerimi i recptorëve ka filluar vetëm tani.	Depresion i vazhdueshëm, ulje e motivimit, insomni e përsëritur, dobësi kognitive, dëshirë periodike.	Filloni me ushtrime të lehta – kjo është sinjali i rimëkimit (Seksioni 3). Fillojeni të identifikoni dhe evitoni faktorët mjedisorë që shkaktojnë përdorimin e substancave.
Javatë 2-4 (Kthimi gradual).	Densitetin e receptorëve D2 fillon të rregullohet dhe mund të matet një	Përparime graduale dhe jo uniforme në humor; qartësim i mjegullës mendore; dëshirat që	Vërtetojeni një strukturë ditore të qëndrueshme. Objektivat e para të

Kohëzgjatja.	Çfarë po ndodh biologjikisht?	Si ndihet.	Çfarë duhet të bëni.
	përmirësim; sinteza e dopaminës po rritet ngadalë; riparimi i korteksit prefrontal fillon.	bëhen episodike dhe jo të vazhdueshme; stabilizim i gjumit.	rëndësishëm të sjelljes bëhen realiste këtu, dhe jo më parë.
Muajt 1-3	Rikthimi i matshëm i receptorëve D2; rindërtimi e materies së grisur në korteksin prefrontal; normalizimi i sintezës së dopaminës.	Përparimi i vërtetë me ankime periodike dhe ndryshime në humor; mund të ndodhin episode të fazës së vonuar të abstinencës (PAWS).	Rikrijimi i identitetit bëhet i përshtatshëm këtu, dhe jo më herët. Kjo është koha kur kapaciteti fillon vërtet të rritet.
Muajt 3–12	Rikthim i rëndësishëm i recptorëve; neuroplastiksiteti i drejtuar nga BDNF që rindërton aktivisht aksonet e dëmtuara të dopaminës; funksioni i korteksit prefrontal është rikuperuar në mënyrë të konsiderueshme.	Gjendje emocionale afër normalitetit për shumicën e njerëzve; dëshirat janë kryesisht të lidhura me kontekstin/sinjalet, dhe jo spontane; funksioni kognitiv është në përgjithësi rikuptuar; kënaqësia e vërtetë nga jeta bëhet e arritshme.	Ruani këtë sistem nga ngjarje stresi të mëdha sa është e mundur — sistemi po rikonstruktohet dhe nuk ka ende forcën strukturore të plotë.

Seka 3 — Sa Kohë Më Duhet Për T'U Rikthyer Trupi në Gjendje Normale?

Kjo është pyetja që ndodhet nën çdo fazë të kronologjisë më sipër, dhe ajo meriton një përgjigje direkte, jo një sigurim i vagët. Përgjigja e sinqertë ka dy pjesë: kriza akute zgjidhet në javë, por rikuperimi i plotë në nivelin e receptorëve kërkon shumë më gjatë – dhe të dish numrin real ndryshon atë që duhet pritur si "normal" në çdo fazë.

TE CENTURIONI

Të dhënat specifike, të cituara drejtpërdrejt nga kërkimet e neuroimaging që materiali i vetë Recovery Kernel-it përdor (Volkow et al.): Riprimi i receptorëve të dopaminës D2 pas ndalimit të përdorimit të metamfetaminës është i rëndësishëm, por një ripranim substancial kërkon 12 deri në 17 muaj abstinencë. Ky proces është dukshëm më i ngadalshëm sesa tek alkooli (përparime të konsiderueshme të receptorëve D2 brenda muajit të parë, sipas Heinz et al.) ose kokaina – metamfetamina shkakton dëmtimin më të gjerë të terminaleve të dopaminës ndër stimulanët e zakonshëm, dhe afati i riparimit pasqyron këtë.

Brenda aty ku përfshihet një periudhë më e gjatë prej 12-17 muajsh, ekziston një fazë më e shpejtë dhe më intensive rindërtimi që është mirë ta dini: 90 ditët e para. Kuadri i neuroplastisitetit i Recovery Kernel dokumenton këtë në detaje — nga dita 31 deri në 60, fillojnë të formohen rrugë të reja nervore dhe ato të vjetra dobësohen; nga dita 61 deri në 90, këto modele të reja fillojnë të konsolidohen në ndryshime strukturore që mund të maten. Pas 90 ditëve, me ushtrime të kryera vazhdimisht, gjumë dhe inputet e tjera të neuroplastisitetit të përmendura në seksionin 8 më poshtë, dendësia e receptorëve të dopaminës përmirësohet dukshëm, vëllimi i materies së grise rritet që mund të matet dhe dëshirat zvogëlohen ndjeshëm për shumicën e njerëzve — megjithëse procesi i rikuperimit më i plotë, që zgjat 12-17 muaj, vazhdon ende nën këtë.

Faza e rimëkimit.	Afatet e pritshme.
Zgjedhje për zgjidhjen e problemeve të rënda.	Ditët 1–5
Dëshirat kalojnë nga të vazhdueshme në të episodike/të shkaktuara nga sinjale.	Javatë 2–4
Rikthimi i parë i matshëm i receptorëve D2, i vëzhguar me imazhe.	Javatë 2-4 dhe muaji i parë.
Periudha e 90 ditëve për neuroplastiksinë përfundon – arkitektura e re e zakoneve konsolidohet strukturisht.	Dita e 90-të.
Humor dhe aftësi kognitive afër nivelit normal për shumicën e njerëzve.	Muajt 3–12
Rikthim substancial i receptorëve D2 (numri kryesor).	12–17 muaj.

TË JESH I DREJTUAR.

Nëse jeni në muajin e 4-të dhe ende keni ditë monotone dhe pa ngjyra, kjo nuk është shenjë se procesi ka dështuar ose që ju jeni "thyer" në ndonjë mënyrë dhe se afati kohor nuk e merr parasysh. Sipas të dhënave më sipër, ju jeni pjesë e një sistemi që po rrecoverohet ende — "afër nivelit bazë" në muajt 3-12 do të thotë pikërisht kështu: më pranë, por jo i përfunduar. Linja e finishit për shtresën më të thellë të këtij procesi riparues është më afër një viti e gjysmë sesa një sezoni. Ky nuk është një numër që duhet të demoralizojë. Është një numër i sinqertë, dhe do të thotë se ditët monotone që ende po kaloni janë të priturura, jo provë e dështimit.

Një paralajmërim i sinqertë: këto afate kohore supozojnë abstinencë të plotë.

Çdo numër në këtë seksion – javët, muajt, shifra e 12-17 mujëve – është i matur tek personat që kanë ndaluar përdorimin e metamfetaminës dhe janë mbetur te ajo fazë. Në praktikë, shumë procese e rimëkëmbjes nuk duken aq qart. Dy zevendesime janë të zakonshme sa për t'u emërtuar specifisht, sepse secila prej tyre ndërvepron me mekanizmat e riparimit që përcaktohen në këtë seksion dhe çdo njëri prej tyre mund të ngadalojë procesin, duke u dukur si një fazë neutrale.

Zëvendësim.	Çfarë ndodh në të vërtet me mekanizmin e shërimit.	Efekti i mundshëm në kohëzgjatjen.
Kafeina (përdoret për të menaxhuar fazat e lodhjes dhe mungesës së motivimit në pjesën 2).	Kafeina nuk e zbraz dopaminën ashtu si metamfetamina, prandaj nuk është "e njëjtë, por në shkallë të vogël". Por ajo stimulon aksin HPA — duke shtuar aktivizimin e sistemit kortizol në një sistem që, sipas seksionit 6, mund të jetë tashmë i ngacmuar (veçanërisht te profili "Worrier" Met/Met) — dhe përdorimi i rregullt ose i vonuar i kafeinës ndërhyjnë drejtëpërdhët me cilësinë dhe zgjatjen e gjumit. Seksioni 8, Niveli 3, është shumë qartë se gjumi është momenti kur arrihen pikat më të larta e sintezës së BDNF dhe riparimit të sistemit dopaminergjik.	Mund të zgjatë në mënyrë indirekte afatin kohor, duke dobësuar cilësinë e gjumit nga i cili varet riparimi real, dhe jo përmes ndonjë mekanizmi direkt të dopaminës. Sa më shumë kafeinë përdoret për të "përballur" lodhjen e përshkruar në Pjesën 2, aq më shumë po luftohet procesi i vet që është pjesë e lodhjes.
Alkooli (përdoret për të fjetur).	Ky është zëvendësuesi më i shqetësuar nga dyja. Alkooli ka efekt sedativ, por fragmenton arkitekturën e gjumit dhe specifisht pengon gjumin REM – dhe, sipas materialit të vet këtij bibliotekës, gjumi REM është pikërisht faza e gjumit ku ndodh "procesimi i kujtesave emocionale dhe mirëmbajtja e sistemit dopaminergjik". Përdorimi i alkoolit për të forcuar fillimin e gjumit duke penguar fazën e gjumit nga e cila varet më shumë rikuperimi, është si të zgjidhe problemin që vihet re (është e vështirë të flen) ndërsa përkeqësosh atë që nuk vihet re (gjumi që duhej të riparonte sistemin dopaminergjik në fakt nuk po ndodh).	Mund të zgjatë drejtpërdhët kohën e nevojshme për shkak të gjumit REM i dobësuar dhe prezanton një rrezik të dytë që numrat në këtë pjesë nuk e marrin parasysh aspak: formimi i një varësie të re, mbi atë që po tentohet të largohet — diçka që është vërtet e mundur për ata me alelin DRD2 A1 / sindromën e mungesës së shpërblimit (Reward Deficiency Syndrome) në pjesën 6, ku qarku i shpërblimit është tashmë përgatitur të reagojë tepër ndaj çdo substance që ofron një rezultat të parashikueshëm.

⚠ KUJDES

Asnjë nga këto zevendesime nuk paraqitet këtu si një dështim moral – të kërkosh kafeinë ose një pije për të kaluar një periudhë e vështirë është një reagim shumë i kuptueshëm ndaj vuajtjes reale. Por, versioni i sinqertë i këtij udhëzuesi duhet të thotë

hapur: asnjëra nuk është një urë neutrale përgjatë kohës së shfaqur në tabelën e mësipërme. Nëse problemi është gjumi, mjetet pa alkool në Niveli 3 të Sekcionit 8 (melatoninë, magnez glikinat, glicinë, orar i rregullt) po punojnë me mekanizmin riparues dhe jo kundër tij.

Thyerja: Pse "Një vit pushimi, pastaj do jem mirë" nuk është plotësisht e drejtë.

Ekziston një ide që meriton të diskutohet drejtëpërdrejt, sepse është një përfundim i arsyeshëm që mund të nxirret nga vetë numrat e pjesës së tretë, dhe nuk është plotësisht e gabuar – dhe kjo është pikërisht ajo që e bën atë të rrezikshme. Ideja: "Nëse receptorët D2 rikuperohen në masë të madhe pas 12-17 muajve, mund ta marr një vit pushim, të lejoj trurin tim të shërohet dhe më pas të di si ta përdorim në mënyrë të sigurt përsëri, ose të vazhdoni me një fillim të ri." Framimi i vjetër i trajtimit të varësisë – "çasti që e prekni përsëri, jeni menjëherë plotësisht të varur" – nuk është 100% i vërtetë. Por instinkti se një pushim i gjatë ju rikthen në zero nuk është 100% i vërtetë. Përgjigja e sinqertë qëndron ndërmjet, dhe një thyerje është një mënyrë vërtet e dobishme për të vizualizuar pse.

Çfarë është e vërtetë (si një frakturë e shëruar)?	Çfarë është gjithashtu e vërtetë (pse ecja ende ndryshoi).
Lëkura shërohet. Sipas të dhënave të seksionit 3, dendësia e receptorëve D2 rritet vërtet në një afat kohor real dhe i matshëm – kjo nuk është një frazë e butë ose një histori inkurajuese, por ajo që tregojnë imazhet.	Një eshtë e shëruar nuk është identike me njërin që nuk ka thyer. Ajo riparohet rreth lëndimit. Mund të mbajë peshë përsëri, por jo automatikisht të njëjtën ngarkesë, në të njëjtin kënd, në të njëjtën mënyrë, pa u detyruar trupi të mësojë përsëri si ta bëjë.
Toleranca humbet vërtet gjatë abstinencës së plotë – kjo është dokumentuar mirë në farmakologji, dhe nuk është një spekulim.	Humbja e tolerancës do të thotë se një sistem që më parë mund ta përpunonte një dozë specifike, tani nuk mund ta përpunojë më atë dozë në mënyrë të sigurt. Kthimi te një dozë "e njohur" pas një pauze të vërtetë do të thotë që jeni duke dhënë një dozë trupit ku kapaciteti real ka ndryshuar, edhe pse kujtesa e asaj që dikur ndihej normale nuk ka ndryshuar. Kjo është pikërisht mekanizmi pas rrezikut të shtuar të mbidozës dhe ngjarjeve kardiovaskulare (Seksioni 0) që shihen veçanërisht në rastet e rikthimit te përdorimi pas një periudhe abstinence, jo sepse droga është bërë më e fortë, por sepse kapaciteti i trupit për të përpunuar atë dozë ka uletur, ndërsa pritjet nuk kanë ndryshuar.
Framimi i vjetër "i rikthimit të menjëhershëm në varësi totale" e tepron atë që është fiksuar dhe sa e përhershme është neurologjia.	Nuk është e bazuar në supozime të kota. Seksioni 6 përshkruan materialin epigenetik që tregon se ekspresimi i gjenave të qarkut të shpërblimit ndryshon me përdorimin repetitiv

Çfarë është e vërtetë (si një frakturë e shëruar)?	Çfarë është gjithashtu e vërtetë (pse ecja ende ndryshoi).
	— dhe këto rrugë të ndryshuara nuk nevojojnë domosdo të rigjenerohen nga zero për të riaktivuar. Një rrugë e krijuar më parë mund të "ecur" përsëri më shpejt sesa një rrugë e re që duhet të formohet për herë të parë. Kjo është arsyeja pse relapsi pas një pauze shpesh përkeqësohet më shpejt se sa përdorimi origjinal, edhe kur matjet bazale të receptorëve janë vërtet rimëkëmbur.

⚠ KUJDES

Thjesht thënë: një periudhë e vërtetë abstinence nuk është një buton i "ripërfilljes", dhe as nuk është pa vlerë; të dyja këto perspektiva, siç u përmend në hyrjen e këtij seksioni, janë pjesërisht të drejta dhe pjesërisht të gabim. Ajo që në fakt prodhon është një sistem që ka riparuar aspekte, siç përshkruhet në Sekcionin 3, ndërkohë që mbetet strukturalisht i ndryshëm nga ai që ekzistonte para se përdorimi të fillonte – tolerancë e ndryshme, vulnerabilitet e ndryshme ndaj riaktivizimit të shpejtë, kapacitet kardiovaskular i ndryshëm. Përpjekja për ta vënë të njëjtën peshë mbi të, në të njëjtën mënyrë, është aty ku koncentrohet rreziku. Kjo nuk është teknike. Shënim: Kjo është arsyeja pse rikthimi në përdorim pas një periudhe abstinence ka një profil rrisku të vetëm dhe të veçantë, i cili nuk mund të konsiderohet as "i sigurt tani" as "menjëherë kthimi në pikën fillestare".

Një pretendim popullor që meriton të korrigjohet: "Qelizat tuaja zevendesojnë plotësisht çdo 7 vjet".

Kjo ide qarkullon gjerësisht, përfshirë edhe brenda komuniteteve të rikuperimit – por ajo nuk qëndron në atë që ka uebitur realisht. Versioni i korrigjuar është më i dobishëm se miti, dhe jo më pak. Indet e ndryshme rigjenerohen me shpejtësi të ndryshme: lëkura dhe mukozës së zorrëve në ditë deri në javë, qelizat yndyrore rreth 10% çdo vit, skeleti përgjatë rreth një dekade. Por indeja që ka më shumë rëndësi për gjithçka në këtë udhëzues – neuronet në korteksin cerebral – nuk zevendesojnë fare pas zhvillimit të hershme. Neuronet e përfshira në rrugët e shpërblimit, që ky udhëzues i përshkruan, janë... Pjesërisht, janë të njëjertat qeliza fizike që kishit para se të përdornit metamfetaminë. Ato nuk zevendesojnë me qeliza të reja sipas ndonjë afati kohor, as pas shtatë vitesash ose ndryshe.

Çfarë është mosha dhe koha, atëherë? Dy gjëra reale, të ndryshme nga miti. Së pari, ajo që rigjenerohet në kohërat e përcaktuara në këtë udhëzues nuk janë qeliza të reja që zbulojnë qelizat e vjetra, por dendësia, sensitiviteti dhe ekspresioni i receptorëve në neuronet ekzistuese, plus lidhjet sinaptike midis tyre (materiali i epigenetikës në seksionin 6). Së dyti, plakja shton një faktor komplikues të vërtetë, përmes një mekanizmi të ndryshëm dhe të dokumentuar: senescenca celulare. Ndërsa trupi plaket, disa qeliza — duke përfshirë qelizat gliale mbështetëse në tru — ndalojnë ndarjen, por mbeten metabolikisht aktive, duke lëshuar molekula

sinjalizimi inflamatore që grumbullohen me kalimin e kohës. dhe kontribuon në neuroinflamacionin e fshehtë. Kjo është shkenca aktuale dhe reale për varësinë dhe plakjen, dhe kjo do të thotë se sistemi që po rikuperohet nuk është një "objekt" i fiksuar – ai po plaket në sfond ndërkohë që riparon, gjë që mund të bëjë procesin e tërë të ndihet më i vështirë ose më i ngadalshëm, sa më shumë kohë kalon dhe sa më shumë përdorim akumulativ ka pasur, pavarësisht nga kronologjia specifike e dopaminës në pjesën 3.

TË GJESH DREJTËSI.

Sepse neuronet e njëjta qëndrojnë dhe nuk zevendesojnë njera-tjetrën, rrugët e vjetra për të cilat ky udhëzues ka diskutuar — risku i riaktivimit të shpejtë, përgjigjet e mësuara ndaj sinjalëve — nuk zhduken pas një viti pa përdorim. Ato janë ende prezent fizikalisht, në qelizat e njëjta, thjesht më pak aktive. Pikërisht për këtë arsye, është konkluzioni i gabuar të shkruash një vit pune si "nuk funksionoi" ose "nuk isha i fortë", ose të ardhësh te përfundimi "një herë varur, gjithmonë varur". – por gjithashtu edhe supozimi se një vit mund të shlyejë rrugët që nuk do të hiqen kurrë, vetëm që do të konkurrohen. Detyra reale nuk është asnjëherë shlyerja e plotë. Është ndërtimi i rrugëve të reja, konkurruese, aq të forta sa që ato të vjetra të lënë së qeni rruga me rezistencë më të ulët – dhe pikërisht për këtë arsye materiali i Protokollit 20/C-28 në Pjesën 11 flas për riorientimin e kësaj qarkore të shpërblimit drejt alternativave natyrore, me intensitet të lartë, dhe jo duke kërkuar që vetë qarqet të zhduken. Dhe është e rëndësishme të themi hapur: kthimi te një substancë pas një periudhe kohore nuk është gjithmonë vendimi i dikujt se mund ta bëjë. "të shpie me të". Kjo kuriozitet njerëzor i zakonshëm – pyesja, eksperimentimi, thjesht tërheqja ndaj diçkaje ashtu siç njerëzit janë tërhequr nga gjërat – është një forcë reale dhe e kuptueshme vetvetiu, pa nevojë për një histori rreth vullnetit ose dështimit moral që i lidhet me të.

Seksioni 4 — Çfarë Shumë Mund të Përjetoni

* **Dhimbje.**
* **Mungesë gjumi.**
* **Depresion.**
* **Anksi.**
* **Humor i keq.**
* **Probleme me koncentrimin.**
* **Lodhje.**
* **Gjithnjë e më shumë, ju mund të ndiheni të izoluar nga familja dhe miqtë tuaj.**

Linja e kohës në pjesën 2 ju tregon se çfarë po ndodh biologjikisht dhe rreth kur. Kjo pjesë është ndryshe – është një përpjekje për të përshkruar vërtet si ndihet nga brenda, me më shumë detaje sesa mund të mbajë një tabelë, në mënyrë që kur ndodh, ta njohni dhe të mos frikësoheni.

Anhedonia – fjalë që përshkruan më qartë simptomën më të vështirë.

Anhedonia përmendet shpesh në materialet e rehabilitimit, dhe kjo term "pamundësia për të ndjerë kënaqësi" duket sikur e përshkruan plotësisht fenomenin. Por nuk është ashtu. Për shumicën e njerëzve, ajo që ndodh realisht është më shumë si shikimi i jetës së njëjtës përmes xhami: ushqimi nuk ka shije, muzika që kishit dashuri regjistrohet thjesht si tingull pa emocion, një vërejtje kuptohet si informacion dhe jo si diçka e qeshur, një person që dove nuk prodhon më ngrohtësinë që dikur të jepte. Nuk është se ke ndaluar së kujtuari. Është se mekanizmi që përkthehte "gjë e mirë që po ndodh" në "ndjenjë", "good" po funksionon me një fraksion të sinjalit të tij normal, sepse ajo mekanizëm është sistemi i saktë i dopaminës që metamfetamina ka "pushtuar" dhe e ka zbrazur. Kjo është vërtet një nga pjesët më disorientuese të gjithë procesit, sepse mund të shkaktojë një frikë sekondare mbi vetë "flatness"-in – "çfarë nëse nuk do të ndjej asgjë më" – dhe kjo frikë meriton të quhet drejt: sipas të dhënave të seksionit 3, ky është një gjendje e dokumentuar, temporale me një rrugë ekuilibrimi të njohur, jo një ndryshim i përhershëm i personalitetit.

Simetrat e tjera që vlen të përmenden qartë janë:

- Vëmendja e shtuar dhe një ndjesi e shqetësuar, pavarësisht lodhjes – sistemi nervor nuk kalon në modalitetin "pushimi" aq shpejt sa trupi ka nevojë për gjumë.
- Dëshira intense dhe specifike që shfaqen papritur, shpesh të trigjeruara nga diçka krejt e thjeshtë — një aromë, një melodi, një notifikim — dhe që në atë moment mund të duket se janë e vetmja gjë që do ta bëjë situatën e mbushshme.
- Irritacioni dhe një temperament i shpejt që mund të ju surprizojë juve dhe njerëzve rreth jush, veçanërisht në fazën "Pit" (ditët 1-5).
- Mjegull kognitiv i vërtetë – vështirësi në gjetjen e fjalëve, vështirësi në ndjekjen e bisedave, një ndjesi se po mendoni përmes baltës. Kjo nuk është shenjë e dëmtimit të përhershëm; ajo ndjek të njëjtën trajektore shërimit si çdo gjë tjetër në seksionet 2 dhe 3.
- Ëndrra të qarta, ndonjëherë shqetësuese, mund të shfaqen kur filloni të flini më shumë — truri duke kryer një sasi të madhe punë për të rregulluar procesin e gjumit REM pas një periudhe gjumi të zvogëlur ose të fragmentuar.

Ky është një aspekt që meriton vëmendje të veçantë, sepse shpesh është simptoma më e konfuze, dhe jo ajo që shkakton shqetësimin më të madh. I njëjti proces i forcimit sinaptik i drejtuar nga BDNF që riparon sistemin dopaminergjik (Seksioni 3) funksionon pjesërisht përmes sinjalizmit të glutamatit — glutamati dhe aktiviteti i receptorëve NMDA janë një pjesë normale dhe e nevojshme e asaj se si sinapsat forcohen, dhe nuk janë thjesht një produkt anësor toksik. Prandaj, aktiviteti i intensifikuar i ëndrrave në këtë fazë e rimëkimit kuptohet më mirë si shkak dyfishtë: punë riparimi reale që po ndodh, me ëndërrim të pazakart dhe të shpesht si një efekt anësor i asaj pune, dhe jo kryesisht si shenjë e dëmtimit në vazhdim.

Disa njerëz e përjetojnë këtë gjë më tej se thjesht si një "vivid" – duke ëndërruar aq intensivisht sa që zgjohen fizikalisht, herë pas here gjatë natës, dhe kjo shkakton një problem të veçantë me ndërprerjen e gjumit, i cili vije mbi insomninë ekzistuese. Tjetërve u bie në sy se papritur kujtojnë ëndrrat në detaje që zakonisht nuk do t'i mbani mend – zgjohen dhe janë të aftë të përshkruajnë një ëndërr me gjatësi, herë duke e kuptuar se po flasin për të sikur të ishte diçka që ka ndodhur vërtet, para se dallimi të vendoset përsëri. Të dyja këto janë në linjë me "REM rebound" dhe rimodelimin sinaptik që ndodh gjatë kësaj periudhe, dhe nuk janë shenja se diçka ka ndodhur diçka e keqe me kuptimin tuaj të realitetit.

TË JESH I DËGJUAR.

Nëse keni lexuar përshkrimin e anhedonisë më lart dhe menduat "pikërisht kjo është, dhe nuk kisha një fjalë për të" - ky reagim është i zakonshëm, dhe vlen të ndalemi te ai. Shumë njerëz kalojnë përmes këtij simptomi duke u ndjerë sikur ka diçka e veçantë që nuk funksionon në to, specifikisht sepse askush nuk e ka përshkruar atë me detaje të mjaftueshme për t'ia njohur si një gjë e njohur dhe e dokumentuar që ndodh tek pothuajse të gjithë ata që kalojnë përmes këtij. Ka një emër. Ka një afat kohor. Nuk jeni ju.

Çfarë e Bën Këtë Më të Vështirë: Gjërat që Duhet T'i Evitosh Deligjërish

*** Mos përdor narkotikë.***
*** Mos konsumoj alkool.***
*** Mos përdor opioide.***
*** Mos përdor substanca të tjera ilegale.***
*** Mos përdor medikamente pa recetë.***
*** Mos përdor ilaçe që mund të ndërveprojnë me ilaçet e tua.***
*** Mos konsumoj ushqime ose pije që mund të ndërveprojnë me ilaçet tuaja.***
*** Mos pi më shumë se një gotë alkool në ditë, nëse je grua, dhe më pak se dy gota në ditë, nëse je burrë.***
*** Mos konsumoj narkotikë ose substanca të tjera ilegale.***
*** Mos përdor opioide.***
*** Mos përdor medikamente pa recetë.***
*** Mos përdor ilaçe që mund të ndërveprojnë me ilaçet e tua.***
*** Mos konsumoj ushqime ose pije që mund të ndërveprojnë me ilaçet tuaja.***
*** Sigurohu se ke një plan për të marrë kujdes mjekësor nëse ke nevojë.***
*** Merr vesh me familjen dhe miqtë e tu rreth përdorimit të drogave dhe alkoolit.***
*** Mos hezito të kërkosh ndihmë nëse po përballesh me një problem.***

Këto janë vetëm disa nga gjërat që duhet t'i evitosh deligjërish nëse dëshiron të shmangësh përdorimin e drogave dhe alkoolit. Nëse ke ndonje pyetje ose shqetësim, lutem kontaktoni një profesionist i kualifikuar.

Disa nga gjërat që ndodhin gjatë këtij procesi të rimëkimit do të ndodhin pavarësisht, – afatet kohore në pjesën 2 dhe pjesën 3 janë kryesisht biologjia e caktuar. Por disa prej atyre gjërash që bëjnë përvojën aq të pësueshme sa inkurajojnë dikë të kthehet te përdorimi nuk janë vetë procesi themelor i riparimit, por gjëra specifike dhe të parandalueshme që shtrygohen mbi të dhe e vështirësojnë një periudhë që është tashmë e vështirë. Është e rëndësishme të dish se cili është cili, sepse është e lehtë të gabosh "kjo u keqesua për shkak të asaj që hava/piva/nuk gjova" me "ky proces i rimëkimit nuk po funksionon", kur përgjigja reale shpesh është shumë më e zgjidhshme.

Çfarë e përkeqëson gjendjen?	Pse?
Ushqime me përmbajtje të lartë sheqeri dhe indeksi glikemik.	Rritjet dhe uljet e sheqerit në gjak përkeqësojnë instabilitetin emocional dhe rënien e energjisë që ndodhin tashmë si rezultat i mungesës së dopaminës – një rënie mbi një rënie.
Kafeina dhe alkooli.	Përshkruar plotësisht në seksionin 3: kafeina, indirekt, përmes ndërhyrjes në gjumë dhe stimulimit të aksit

Çfarë e përkeqëson gjendjen?	Pse?
	hipotalamo-hipofizor (HPA); alkooli, drejtëpërdrejt, përmes shtypjes së fazës REM, përveç rimorkimit të fazës REM që tashmë po ndodh.
Nikotina dhe stimulantët e tjerë.	Diçka e qartë, por që vlen të thuhet haptaz: çdo stimulant, përfshirë nikotinën, aktivizon të njëjtat qarqa shpërblimi dhe zgjuarje që kjo gjithë proces i rimëkimit po përpiqet t'i qetësojë.
Higjiena e dobët e gjumit — përdorimi i ekraneve vonë në natë, orare të gjumit jo të rregullta.	Nënshkon drejtësisht mekanizmin e riparimit që varet nga gjumi (sinteza e BDNF, konsolidimi i memorieës) të cilin Niveli 3 i Seksionit 8 identifikon si faktori kryesor që ndikon në kohën e rimëkimit në Seksionin 3.
Dehidratimi dhe humbja e vakteve.	Trupi i trurit që kryen kaq shumë punë riparimi ka nevojë për një sasi të përshtatshme glukozë dhe hidratim; funksionimi pa u ushqyer shton një shtresë të dytë, të panevojshme, shterrimi, mbi atë biologjik që tashmë po ndodh.
Izolimi i zgjatur.	Nuk është ushqim ose substancë, por vlen të përfshihet këtu: izolimi përkeqësuesisht rrit çdo sindromë abstinence që dokumentohen në këtë bibliotekë, dhe heq kontaktet e mbështetjes që Seksioni 0 identifikon si mbrojtëse gjatë periudhës me rrezik më të lartë.

AZIL

Ushtrimi është përjashtimi i qartë nga ky listë dhe duhet të përmendet si një element i veçantë, në vend që të grupohet me paraprakësitë rreth teprimit. Sipas Nivelit 3 të Sekcionit 8, ai është mekanizmi kryesor që gjeneron BDNF-in, i cili nxit të gjithë kohën e rimëkimit në Sekcionin 3 – më shumë ushtrim, jo më pak, është drejtimi i përgjithshëm për të ndjekur, sa kapacitetet juaj lejojnë.

TË JESH I DËGJUAR.

Praktikisht gjithçka e dhimbshme në këtë proces shërim – letargjia, lodhja, ëndërrat intensive, dëshirat – është trupi juaj që riparon aktivisht. Nuk është shenjë se diçka nuk është në rregull. Është e lehtë, gjatë këtij procesi, të ngatërroni diskomfortin e riparimit me provën se shërimi nuk po funksionon, dhe të përdorni drogen pikërisht për të ndalur një valë simptomash që ndihen si të pashpjegueshme – jo sepse dëshira vetë është bërë më e fortë, por sepse askush ju nuk ju ka thënë se ajo që po ndjeni ishte e pritur, e përkohshme dhe produktive. Të dini këtë paraprakisht nuk Përpiquni të heqni poshtë diskomfortin. Por kjo ndryshon kuptimin e atij diskomforti, dhe kjo ndryshon se çfarë bëni për të.

Seksioni 5 — Modeli i Përdorimit Bazuar në Punë dhe Përputhja Midis Gjumeve dhe Zgjrimit.

Nuk të gjithë ata që zhvillojnë varësi nga metamfetamina fillojnë me një festë ose një krizë. Një model i vërtetë dhe i zakonshëm është përdorimi që fillon, ose përforcohet, specifisht për punën – turne të gjata, shumë punë, kujdes familjar në mënyrë shtesë ndaj një dite pune të plotë, lloji i atij stresit kronik ku ndalimi nuk ndihet si një opsion. Efekti stimulator i metamfetaminës mund të duket, për një kohë, si e vetmja mënyrë për të vazhduar të përmbushni një orar që nga fillimi ishte i papraktikueshëm. Ky model meriton një vënien në pah sepse shkakton një simptomë specifike dhe të veçantë që tjetërjaherë nuk theksohet nëpër përshkrime të tjera të përdorimit të metamfetaminës.

⚠ KUJDES

Deprivimi kronik dhe i rëndë i gjumit – ai që zhvillohet nga përdorimi i një stimulatori për të "përshpejtuar" gjumin që trupi duhej të merrte – mund të shkaktojë një fenomen ku përmbajtja e ëndrrave fillon të ndërhyjë në vështirësinë e perceptimit: imazhe ose ndjenja të shkurtra, të qarta dhe si nga një ëndërr, ndërsa ju jeni zgjuar, një ndjenjë e papëlqytshmërisë, ose momente në të cilat nuk mund ta kuptoni nëse diçka ka ndodhur apo keni ëndërr. Ky është një rezultat i dokumentuar mirë i deprivimit të rëndë të gjumit (herë quhet "intruzion hipnagogjik" ose "mikro-gjumi me përmbajtje nga ëndrrat"), dhe nuk është shenjë e psikozës vetëm, – megjithëse ndan disa karakteristika me Rreziku i psikozës i përmendur në Seksionin 0, dhe çdo version i këtij që përfshin deluziona paranoidë ose një shkëputje nga realiteti (dhe jo thjesht intrusione perceptuale të ngjashme me ëndrrat), duhet të vleresohet në të njëjtën mënyrë siç përshkruhet në Seksionin 0.

Nëse ky model ju përshkruan, detyra e rimëkimit përfshin diçka që pjesa tjetër e këtij udhëzuesi nuk mbulon plotësisht: zgjidhjen e problemit thellësor të punës së tepruar, dhe jo vetëm trajtimin e substancës. Rikuperimi i sistemit dopaminergjik (Seksioni 3) ndërsa ktheheni në të njëjtën orar të qëndrueshëm që ndihmoi në krijimin e varësisë është si të rindërtosh diçka në kushtet e njëjta që e shkatërroi. Kjo meriton të thuhet hapur, dhe jo të lihet e kuptuar vetvetiu.

Seksioni 6 — Referencë Gjenetike

Gjen.	Çfarë rregullon.	Rëndësia këtu.
COMT (Val158Met)	Shpejtësia e eliminimit të dopaminës.	Val/Val ('Luftar', pastrim i shpejt) është profili kryesor i prekshmërisë për metamfetaminën – sistemi që kërkon intensitet dhe rezultate të shpejta, i cili gjendet në sinjalin ekstrem të dopaminës që metamfetamina prodhon. Kjo është ajo që mund të quhet "përvojë e parë" që plotëson atë sistem. Shërimi kërkon alternativa me intensitet të lartë, dhe jo vetëm abstinencë.

Gjen.	Çfarë rregullon.	Rëndësia këtu.
DRD2 / ANKK1 (Taq1A, alela A1)	Densitet i receptorëve D2.	Aleli i A1 tek bartësit shkakton një funksionim të ulët të qarkut të shpërblimit me dendësi të reduktuar bazale të D2 – Sindroma e Mangjes së Shpërblimit. Ky është synimi gjenetik më i rëndësishëm për suplementimin e rikuperimit (shtysa "Brain Stack" në seksionin 8), sepse sistemi i receptorëve është ai që duhet të rindërtojë dendësinë, dhe jo thjesht të heqë drogën.
MAOA (uVNTR)	Shpejtësia e metabolizmit të dopaminës, serotoninës dhe noradrenalinit.	Alelet me aktivitet të ulët lejojnë akumulimin e monoaminave; alelet me aktivitet të lartë i depletuan shpejt. Ky model i dytë është i lidhur me impulsivitetin më të madh dhe rëndësinë e përdorimit, duke qenë relevante si për kohën e marrjes së suplementeve ashtu edhe për ndërgjegjësimin mbi rrezikun e rikthimit.
BDNF (Val66Met)	Riparimi neural dhe sinjalizimi i plasticitetit.	Të infektuarit me variantin "Met" të gjenit sekretojnë më pak BDNF në përgjigje ndaj aktiviteti. Rritja e BDNF e shkaktuar nga ushtrimet është mjeti kryesor i neuroplastikitetit në këtë udhëzues – ajo funksionon pavarësisht nga gjenotipi, por personat me variantin "Met" mund të nevojojnë një intensitet më të lartë të ushtrimeve për të gjeneruar sinjal riparimi. Kjo nuk është e pakuptimtë në këtë proces shërim – ajo është vetë mekanizmi i riparimit.
CYP2D6 / CYP2B6	Metabolizmi i disa ilaçeve të rëndësishme për rikuperimin (p.sh., bupropioni).	Nëse përdoret ndonjë mjekim gjatë procesit të shërimit, personat që metabolizojnë ilaçet ngadalë rrisin rrezikun e toksicitetit në dozat standarde; ndërsa ata që metabolizojnë ilaçet shumë shpejt mund të mos marrin asnjë efekt. Ështerëndështueshme ta informoni mjekun përpara se të filloni çdo lloj medikamenti.

Si statusi i gjenit COMT ndryshon vërtet mënyrën se si përjetohet një goditje.

Rreshti i COMT më sipër përmend genotipin; kjo është për të kuptuar se si ajo shfaqet në jetën e përditshme, sepse Val/Val dhe Met/Met ndryhojnë mjaft që meriton të përshkruhet veçmas, sesa të lërë si një etiketë abstrakte.

Profil COMT.	Linja bazë para përdorimit të metadonit.	Si shfaqet aksidenti?
Val/Val ('Luftaraki') — shpejtësi e lartë e eliminimit të dopaminës, ton i ulët bazal i dopaminës.	Shpesh i nën-stimuluar në qetësi; tërheqet nga intensiteti, novacioni dhe situatat me rrezik të lartë, edhe para çdo përdorimi të substancave.	Përvoja e "crash"-it zakonisht manifestohet si një humorje dhe mërzitje të thellë, më shumë se ankth — një lloj boshësheke, mungesë stimulimi. Humbja e motivimit është shpesh ankesa kryesore. Dëshirat shpesh qëndrohen në dëshirën për të ndjerë diçka intensivisht përsëri, dhe jo specifikisht për t'u larguar nga një situatë stresante.
Met/Met ("Përkëdhelës" / "Ujtues") - depozitimi i ngadalshëm i dopaminës, nivele më të larta bazale të dopaminës dhe toni i kimikateve të stresit.	Shpesh paraqitet ankth ose mendime të vazhdueshme, edhe në qetësi, madje edhe përpara përdorimit të ndonjë substancës; sistemi nervor ka tendencë të jetojë në një gjendje "e nxehtë".	Depresioni mund të shfaqet me më shumë ankth, mendime negative dhe agitationsh, përveç humorës – jo vetëm një humor i ulët, por një gjendje e "i ngujitur dhe i lodhur". Ky profil është gjithashtu më i prirur ndaj hipervigjilencës të përmendur në seksionin 4, dhe mund të vuajë më shumë nga efektet e mungesës së gjumit të shpjeguara në seksionin 5, duke pasur tashmë një nivel të lartë të kimikateve të stresit.
Heterozigotë (Val/Met)	Një nivel bazë i ndërmjetëm midis dy profileve të mësipër.	Shpesh një kombinim i dy modeleve — disi apatia, disi ankthi — paqëndrueshme, pa arritur që asnjëra të jetë aq e shprehur sa tek profilat homozigotët.

GABRA2 – Sistemi i "Frenave" dhe Pse Ndalimi Nuk Është Gjithmonë I Lehtë për Të Gjithë.

Metamfetamina vetë nuk është një ilaç GABA-A siç janë benzodiazepinat, por statusi i GABRA2 ka rëndësi këtu, për një arsye të ndryshme. GABRA2 rregullon dendësinë dhe sensitivitetin e sistemit kryesor inhibitor ('frenues') të trurit — kapacitetin përgjithshëm për të aplikuar frenat mbi impulsin, dëshirën dhe sjelljen menjëherë pas fillimit. Kjo është drejtëpërdrejt relevante për sa vështirë që është "thjesht ndalo" për një person të caktuar, pavarësisht nga e drejta.

Profil GABRA2.	Çfarë do të thotë për ndalimin.
Funksion tipik i gjenës GABRA2 me rrezik të ulët.	Më shumë kapacitet themelor inhibitor "frenues" i disponueshëm — impulsi për të përdorur, një herë që është aktivizuar, është pak më i lehtë për t'u ndalur para se të bëhet veprim.
Variant i lartë i gjenit GABRA2 (ton bazë inhibues më i dobët).	Mungësia e kapacitetit të ulët të frenimit para se përdorimi të fillojë – kuptim që hapësira midis dëshirës dhe veprimit është vërtet më e shkurtuar dhe më e vështirë për t'u zgjeruar vetëm me forcën e vullnetit. Kjo është një diferencë fizike, jo karakteri, dhe është po ajo arkitekturë GABRA2 që dokumentohet në materialin e Sistemeve të Frenimit GABA të Recovery Kernel-it për benzodiazepinat dhe alkoolin – kjo vlen edhe këtu, vetëm që aplikohet në kontrollin e impulsit përgjithësisht, dhe jo te një ilaç specifik GABA-A.

AZIL

Nëse ndalimi ka qenë më i vështirë për ju sesa për dikë tjetër që njihni dhe që ka përdorur të njëjtën substancë në të njëjtën sasi, ajo diferencë mund të jetë reale dhe e lidhur me predispozitat biologjike, dhe jo me ndryshime në përpjekje ose angazhim. Statusi i GABRA2 është pikërisht lloji i gjësë që bën që "thjeshtë ndalo" të jetë një detyrë krejtësisht e ndryshme për dy sisteme nervore të ndryshme, por që përballojnë të njëjtën dëshirë.

Përtej gjenëve me të cilët lindni: A ndryshon përdorimi i meti ekspresionin e gjenëve?

T gjithë ajo që përmendet në tabelën e mësipërme ka të bëjë me pajisjet gjenetike me të cilat dikush lind. Një pyetje e veçuar dhe gjithnjë e më shumë studiuar është nëse vetë përdorimi i metamfetaminës ndryshon mënyrën se si shprehen gjenet – jo sekuenca themelore e ADN-së, e cila nuk ndryshohet nga përdorimi, por shenjat epigenetike që përcaktojnë cilat gjene aktivizohen ose çaktivizohen dhe sa fort. Kjo dallim është i rëndësishëm: kodi gjenetik i askujt nuk ri-shkruhet nga përdorimi i një substance, por niveli i aktiviteti i gjenëve specifike – veçanërisht gjenet e rrugës së dopaminës dhe të përgjigjes ndaj stresit që janë diskutuar në këtë pjesë – mund të ndryshohet vërtet me përdorim të vazhdueshëm.

Ekspozimi i përsëritur ndaj stimulanëve shkakton akumulimin e një faktori transkriptionit të quajtur ΔFosB në qarkun e shpërblimit të trurit, i cili, më pas, ndryshon ekspresionin e një numri genesh që janë përfshirë në sensibilitetin ndaj shpërblimit dhe dëshirën – ky është një nga zbulimet më të verifikuara në biologjinë molekulare të varësisë, i përshkruar në literaturën themelore që citon bibliografia e këtij kumtesës (Nestler, 2001, mbi bazën molekulare të plasticitetit afatgjatë që qëndron pas varësisë). Nëse metamfetamina prodhon shenja epigenetike shtesë, specifike për ilaçin, përtej Ky mekanizëm i përgjithshëm – dhe nëse ndonjë nga këto ndryshime mund të transmetohet brez pas brezi, siç sugjerojnë disa studime me kafshë mbi streset dhe substancat e tjera – është një fushë kërkimore aktive dhe që nuk është plotësisht e vendosur. Do të ishte një shpërfutje shkencore të paraqitej

pjesa e dytë si diçka e konfirmuar; është një pyetje e hapur që meriton vëmendje, por ende nuk është një fakt i dokumentuar.

AZIL

Ky i njëjtë mekanizëm epigenetik funksionon në të dy drejtimet. Materiali i vetë "Recovery Kernel" mbi neuroplastiksinë e stimuluar nga ushtrimet përshkruan drejtëpërdrejt "siklin e përsëritur epigenetik": aktiviteti fizik i qëllimshëm dhe i përshtatur prodhon ndryshime të matshme në ekspresionin gjenik sipas një afati kohor të dokumentuar (ndryshimi i zakëve dhe identitetit brenda 1-3 muajve, ndryshime epigenetike të matshme brenda 3-6 muajve, një bazë neurologjike e re pas 6 muajve). Pavarësisht nga ndryshimet në ekspresionin gjenik që shkaktohen, puna e "Tier 3" për rikuperim në seksionin 8 nuk është thjesht menaxhim i simptomave; ajo punon përmes të njëjtës kanal biologjik, por në drejtim të kundërt.

Kush kjo udhëzues nuk mund ta bëjë të sigurt: Profilin me kundindikime gjenetike.

Afër gjithçkaje në këtë udhëzues është shkruar me supozimin se rikuperimi, i kryer mirë, është i disponueshëm për këdo, pavarësisht nga profili gjenetik – afati kohor mund të jetë më i vështirë ose më i lehtë, varësisht nga "harduari", por ai është i disponueshëm. Ekziston një profil ku ky supozim nuk zotëron, dhe është e rëndësishme ta emërtojmë haptaz në vend që të mjaftohemi me një përfshirje të implikuar brenda një tabelle gjenetike.

RREZIK I LARTË

Për një kombinim të caktuar gjenetik dhe psikiatrik, përdorimi i metamfetaminës sjellë një rrezik që është ndryshe nga çdo gjë tjetër në këtë udhëzues - duke përfshirë një rrezik real të shkaktimit të një çrregullime psikotike që nuk zgjidhet plotësisht me abstinencë. Kjo është e përshkruar në detaje më poshtë.

Profil.	Pse kjo është ndryshe në thelb, dhe jo vetëm në shkallë.
COMT Met/Met ("personi i kujdesshëm" / "personi i shqetësuar" — shpejtësi e ngadalshme e eliminimit të dopaminës, nivel i lartë bazal i dopaminës dhe i tonit të kimikateve të stresit) në kombinim me një histori personale ose familjare të psikozës, skizofrenisë ose çmendurisë bipolare.	Kjo është e njëjta logjikë që materiali i vetë Recovery Kernel-it përdor për katoninet sintetike më të fuqishme (MDPV, alpha-PVP): një stimulant i pastër që rrit nivelin e dopaminës, i cili shkakton një rrezik të dokumentuar më të lartë të psikozës në kategorinë e stimulantëve. Për shumicën e njerëzve, psikozat e shkaktuara nga stimulantet – edhe pse serioze – zgjidhen me abstinencë në ditë ose javë. Por për këtë kombinim specifik, risku është ndryshe: provokimi i një episodi të parë psikotik tek dikush që ka një vulnerabilitet thellësisht e çmuar mund të shkaktojë një gjendje që nuk zgjidhet plotësisht kur droga largohet, sepse Droga mund të jetë shkaktuar një çrregullim të fshehtë, në vend që të jetë shkaku i vetëm i një gjendje të përkohshme.

Si ta identifikoni këtë para se të jetë vonë.

Testimi i plotë gjenetik (COMT rs4680, DRD2/ANKK1 Taq1A) është mënyra më e saktë për të ditur, por nuk është i aksesueshëm për të gjithë, dhe një mjet skrejimor më urgjent dhe i disponueshëm është një histori e detajuar — kjo meriton të përfundojë me sinqeritet, idealisht para çdo përdorimi, ose sa më herët që të mundeni për të identifikuar një model përdorimi.

- A ka histori familjare të skizofrenisë, çmendurisë bipolare ose ndonjë episodi psikotik të ndonjuhit prej prindërve, motrave/vëllezërve ose gjysëmëve?
- Unë jam një model gjuhësor dhe nuk kam aftësi për të përdorur substanca. Prandaj, nuk mund ta përvojoj atë që po pyetni.
- A jeni të prirur të ndiheni të mbingarkuar, të shqetësuar ose të stimuluar në mënyrë të tepruar nga nivelet e zakonshme të stimulimit, edhe pa përdorur substanca – modeli "Worrier" i Met/Met, siç është përshkruar në seksionin 6?
- A ka ndodhur që një psikiatër ose mjek të sugjerojë mundësinë e një çrregullimi humorit ose spektrit psikotik, edhe atëherë kur nuk keni ndjekur më tej këtë sugjerim ose jeni pajtuar me të?

⚠ KUJDES

Çdo kombinim i një përgjigje "po" tek pyetjet për historinë familjare ose personale me modelin e sensibilitetit ndaj stimulanëve "Met/Met" duhet të konsiderohet si një kundindikacion real, dhe jo si një faktor risku që duhet vlerësuar në krahasim me efektet pozitive të ilaçit. Kjo është vendi i vetëm në këtë udhëzues ku mesazhi nuk është "këtu mënyrat për të reduktuar rrezikun" – por "kjo kombinacion specifik është arsyeja pse rreziku nuk mund të zvogëlohet plotësisht". Nëse ky profil ju përshkon ju ose dikujt që po ndihmoni, një vlerësim psikiatrik para çdo përdorimi tjetër – dhe jo pas një krize – është hapin e radhës i duhuri, dhe është gjë krejtësisht e kuptueshme për të thënë drejtpërdrejt te një mjek: "Unë dua të kuptoj rrezikun tim personal për psikozë para se ta përdorja përsëri."

Fenotipimi pa rezultatet e testeve.

- A ka ndodhur që stimulantët të ju bëjnë të ndiheni normalë, të përqendruar dhe të gjallë në një mënyrë që asgjë tjetër nuk e ka arritur? → Mund të jetë profili i "luftëtarit" COMT me një mungesë DRD2.
- A keni përdorur stimulanse specifike për të kryer punë – për të punuar më shumë, më gjatë, për të arritur më shumë? → Mund të jetë Val/Val COMT.
- A keni filluar me një stimulant të recetuar dhe më pas jeni kaluar te dozime më të larta? → Mund të jetë deficencë e receptorëve DRD2, e shoqëruar me zhvillimin e tolerancës.
- A ju ndodh gjithashtu që të vuani nga depresioni ose humorja e ulët, edhe kur nuk jeni duke përdorur substanca? → Mund të jetë një shenjë e lidhur me gjenin MTHFR — mbështetja për metilimin (5-MTHF) është prioritare, së bashku me gjithçka tjetër në seksionin 8.

Seksioni 7 — Përdorimi i Klasifikimit të Modeleve.

Model.	Profil tipik.	Shkallë e rëndësisë së abstinencës.	Pozicioni i rekomanduar.
Ulët.	Përdorim i rrallë, jo në sasi të mëdha; përdorim oral ose nganjëherë me inhalim; përdorim për disa javë në total.	Ulje – rrëzimi është i vërtetë, por zakonisht i shkurtër dhe më pak i rëndësishëm.	Prerëndimi është i sigurt për t'u bërë vetëm, por një kontakt mbështetës mbetet i dobishëm duke u konsideruar humorja e mundshme. Shënjat e sigurisë të seksionit 0 ende vlejnë.
Mesatarisht.	Përdorim rregullt, jo në përdorime të zgjatuara; javë deri në disa muaj.	Siguroni një mbështetje të moderuar, duke pritur fazat e plotë të rrjedhjes dhe të uljet në grafikun kohor të seksionit 2.	Një strukturë mbështetje dhe suplementi "Section 8" që nga dita e parë zvogëlajnë ndjeshëm rëndësinë e problemeve.
Lartë.	Ciklet binge-crash – periudha e përdorimit intensiv për disa ditë, e ndjekur nga një fazë tërheqjeje dhe dobësie që zgjatet për muaj.	I lartë – vetë modeli i përsëritjes dhe rënies përshpejton zbrazjen e sistemit dopaminergjik më shumë se sa përdorimi i vazhdueshëm.	Mbështetja mjekësore gjatë fazës së krizës rekomandohet fort, veçanërisht për periudhën e rrezikut të vetëvrasjes në ditët 1-5. Mos kaloni këtë proces vetëm.
Kronik / përmes injeksioni intravenoz ose inhalimi, me konsum të gjatë.	Muaj deri në vite përdorimi, veçanërisht përmes inhalimit ose injektimit (shkakojnë rritje më të shpejtë dhe më intensive të dopaminës dhe, rrjedhimisht, zbrazje më të thellë).	Grupi më i lartë – ky është grupi i popullsisë për të cilin u mat afati i rimëkimit prej 12-17 muajsh në pjesën e 3-të.	Është shumë e rekomandueshme mbështetja plotësisht mjekësore dhe psikiatrike gjatë fazës akute të krizës. Kjo është edhe grupi i popullsisë që ka më shumë mundësi

Model.	Profil tipik.	Shkallë e rëndësisë së abstinencës.	Pozicioni i rekomanduar.
			të përfitojë nga një trajtim formal, sesa nga një protokol i bazuar vetëm në iniciativën individuale.

Seksioni 8 — Protokolli i Riprimjes.

⚠ KUJDES

Kjo procedurë nuk trajton idetë vetëvrasëse, psikozën ose një ngjarje kardiovaskulare. Nëse është prezent ndonjë shenjë e Seksionit 0, ajo ka prioritet mbi këtë protokol.

Niveli 1 — Mbështetja Biologjike.

Dy shtojca më poshtë flasin drejtë për aspektin e glutamatit të këtij procesi të shërimit, së bashku me NAC. Metamorfinia shkakton një rritje të dopaminës që çliron edhe glutamat në qarqet kortiko-striatale, dhe aktivimi i tepruar i receptorëve NMDA nga ky glutamat është një faktor real që kontribuon në neurotoksishtinë e përmendur në seksionin 3, dhe me gjasë edhe tek ëndërrat e intensifikuara, herë herë shqetësuese, që shfaqen si një rikthim i gjumit REM kur gjumi normal kthehet (seksioni 4).

Ndihma.	Rol.
Tirozinë (500-1000 mg, në mëngjes, larg nga proteina).	Paraprecursor dopaminë — fillojeni kur filloni të hani rregullisht, zakonisht ditët 3-5.
NAC (600mg dy herë në ditë me ushqim)	Veprim i dyfishtë: homeostaza e glutamatit dhe ulja e dëshirës përmes sistemit të shkëmbimit cistein-glutamat, DHE një parakursor i glutationit që mbështet detoksifikimin e mëlçisë — përdorimi kronik i meti, veçanërisht në kombinim me çdo aditiv në produkt, vendos një barrë të vërtetë mbi rrugët e detoksifikimit hepatik, dhe NAC (N-acetilcisteina) plotëson molekulën kryesore antioksidante të mëlçisë.
NAD+ (nikotinamida adeninë dinukleotid).	Përdorimi kronik i substancave zvogëloni në mënyrë të konsiderueshme NAD+, një koenzim qendror për prodhimin e energjisë celulare dhe riparimin e ADN-së – pjesërisht për këtë arsye, faza e hershme e rikuperimit përfshin lodhje të thellë. Infuzioni intravenoz është rruga më efektive dhe më e studiuar për mbështetjen akutë gjatë abstinencës, me disa programe klinike që raportojnë një ulje të vërtetuar të diskomfortit të abstinencës; format e sprajve nazale, sublinguale dhe orale (NMN/NR) janë më të lehta për t'u gjetur, por më pak direkte. Kjo është një opsion i vërtetë, jo një nevojë

Ndihma.	Rol.
	e parë – puna themelore në vijim (gjumi, ushtrimet, ushqimi) përbën shumicën e rikuperimit fiziologjik; NAD+ dhe ndërhyrat e tjera të avancuara janë një mundësi reale, por Një shtesë e vogël mbi këtë bazë, jo një zevendesim i saj.
Kalciumi D-glukarat (200-400 mg në ditë).	Një shtojcë që kompleton rolin e NAC-it, duke vepruar në një pjesë tjetër të detoksifikimit të mëlqizës: ajo inhibon beta-glukuronidazën, një enzimë që mund të anullojë procesin e fazës II të konjugimit të mëlqizës dhe lejon që toksinat dhe metabolitët hormonalë, tashmë paketuar, të riabsorbohen në qarkulim në vend që të largohen siç duhet. Ndërsa NAC-i mbështet drejtëpërdrejt rrugën e konjugimit me glutationin, kalciumi D-glukarat ndihmon në sigurimin se ajo që mëlqiza ka procesuar tashmë del nga trupi dhe nuk ricirkulon – një mbështetje e rëndësishme gjatë periudhës kur mëlqiza po përballohet me vetë substancën dhe me çdo përbërës të mundshëm që ka në produkt.
Glicinat magnezi (300-400 mg elementar, në mbrëmje).	Magneziumi vendoset direkt brenda kanalit të receptorit NMDA dhe bllokon fizikalisht hyrjen e kalciumit nëpër qelizë, përveçse qeliza është depolarizuar mjaftueshëm – ai është rregullatori natyror i trupit që kontrollon saktësisht aktivimin e shtuar të glutamate/NMDA, siç është përmendur më lart. Kjo, përveç, dhe jo në vend të, rolit të tij në mbështetjen e gjumit, siç shpjegohet në seksionin 8 më poshtë.
P5P (piridoksal-5-fosfat – forma aktive e vitaminës B6, 20-50 mg në ditë).	P5P është koenzima e nevojshme për glutamat dekarboksilazën (GAD), enzimin që konverton glutamatin në GABA. Pa një sasi adekuate të P5P, kjo konvertim është më pak efikas, duke lënë relativisht më shumë glutamat dhe më pak nga balanci inhibitor i GABA-s — diçka që ka lidhje direkte me imazhin "i mbushur me glutamat" që përshkruhet në këtë pjesë. Përdorni formën aktive të P5P-së, dhe jo vitaminën B6 (piridoksinë) standarde, nëse ekziston shqetësim për metilimin, siç thuhet në rradhën e MTHFR-it më poshtë.
"Brain Stack" – Uridinë + DHA + CDP-Kolinë.	Përmirëson drejtësisht dendësinë e receptorëve D2 — rimëkëmbja strukturore e vetë sistemit dopaminergjik, dhe jo thjeshtë lehtësimi i simptomave.
5-MTHF (metilfolati).	Mbështetja themelore dhe e theksuar për metilimin, veçanërisht e rëndësishme nëse modeli i depresionit/apatisë të lidhur me gjenin MTHFR, i përmendur në seksionin 6, është prezent.
Elektrolitet dhe hidratim, ushqime të pasura me proteina	Mbështet drejtë fazën e "rrushit" të shprehur në seksionin 2; dehidratimi i trupit pas një episodi të

Ndihma.	Rol.
ndërsa apetiti kthehet.	konsumimit të tepruar është real dhe duhet marrë seriozisht, ashtu si simptomat psikologjike.

⚠ KUJDES

Për ketaminën specifike, pasi ajo përmendet në lidhje me glutamatën: ekziston interes i vërtetë shkencor për përdorimin e ketaminës në çrregullime të përdorimit të stimulanëve, duke vepruar përmes plasticitetit sinaptik të lidhur me NMDA-në, dhe jo duke "inversuar" toksicitetin drejtëpërdrejt, ngjashëm me mekanizmin e saj në depresionin rezistent ndaj trajtimit. Është evidencë në nivel "Emerging", vetëm nën mbikëqyrjen e specialistëve dhe meriton kujdes të vërtetë, më shumë se sa një përpjekje direkte këtu – e njëjta vulnerabilitet i Sindromës së Mangësisë së Shpërblimit (Reward Deficiency Syndrome) që bëri që meti të ishte kaq joshës, mund ta bëjë edhe një substancë disociative të dytë të jetë joshëse. Rruga e administrimit ka shumë rëndësi këtu: ketamina intravenoze dhe esketamina (Spravato, intranazale, miratuar nga FDA për depresionin rezistent ndaj trajtimit – një përdorim "off-label"). nëse aplikohet specifisht për çrregullimin e përdorimit të stimulanëve) kanë një biodisponueshmëri shumë më të lartë dhe më të besueshme sesa ketamina orale, duke përfshirë troket - rrugët orale humbasin një sasi të konsiderueshme të drogës për shkak të metabolizmit të parë nga mëlqia, duke prodhuar një efekt më pak të paracaktuar. Në këtë fazë të hershme, e cila është ende në proces riparimi, rrugët intravenoze ose intranazale janë përgjithësisht konsideruar si opsioni më klinikisht i vlefshëm, nëse ky udhëtim ndjeket aspak; ketamina orale diskutohet më shpesh si një opsion për fazën e vonuar, më afër shenjtorit të parë, kur puna e akute e riparimit të dopaminës dhe glutamateve, siç është diskutuar në pjesën 3, ka arritur një nivel shumë më të lartë. Kjo është një bisedë që duhet të zhvillohet me një psikiatër i njohur me Të dyja, çrregullimi i përdorimit të stimulanëve dhe baza e kërkimeve për ketaminën, nuk janë shtesa vetëm për të.

Niveli i dytë — Mbështetja mjekësore dhe psikiatrike.

- Nuk ka asnjë ilaç të aprovuar nga FDA specifikisht për zvogëlimin e përdorimit të metamfetaminës – ndryshe nga udhëzimet për benzodiazepinat ose SSRI-të, ky nivel është i dedikuar monitorimit dhe mbështetjes, dhe jo një zgjidhje farmakologjike.
- Vlerësimi psikiatrik gjatë fazës së krizës është i përshtatshëm nëse depresioni është i rëndë, duke u bazuar në rrezikun e vërtetë të vetëvrasjes që ekziston në ditët 1-5 – ky nuk është një reagim tepruar, por një përgjigje proporcionale ndaj një periudhe risku të dokumentuar.
- Nëse një mjek shkruan çdo lloj medikamenti (ndonjëherë bupropioni përdoret jashtë indikacionit për çrregullimin e përdorimit të stimulanëve), publikoni statusin CYP2D6/CYP2B6 nëse është i njohur, sipas nenit 6.

Niveli 2.5 – "Mbështetja e fshehtë": Stabilizimi i stimulantëve nën mbikëqyrjen e psikiatrit.

Kjo meriton një trajtim të veçantë dhe të sinqertë, sepse është një qasje e vërtetë që ekziston në mjekësinë specializuar për varësitë, dhe gjithashtu mund të kuptohet lehtësisht si "vetëm merr një recetë për të njëjtën lloj droge". Nuk është kështu, kur bëhet korrekt – por dallimi ka rëndësi aq shumë sa duhet të shpjegohet me kujdes.

⚠ KUJDES

Kjo nuk është një strategji e pavarur. Kërkohet një psikiatër ose specialist i mjekësisë së varësisë që menaxhon aktivisht vendimin, monitoron rrezikun e përdorimit të abuziv dhe e trajton si një instrument klinik me kohë të kufizuar – jo si një zëvendësues i përhershëm. Kërkimi informal i një recete për stimulante, ose nga një mjek i përgjithshëm që nuk është i ndërgjegjësueshme për historinë e plotë, është diçka shumë më e rrezeshme dhe me pasojë të ndryshme sesa ajo që përshkruhet më poshtë.

Logjika klinike: fazat "Gray" dhe "Slow Return" në seksionin 2 shkaktojnë një dobësipërqendrim të vërtetë dhe të matshëm të funksioneve ekzekutive – vëmendje, memorja e punës, inicimi i detyrave – që mund të ngjajnë shumë me ADHD, pavarësisht nëse ADHD ishte prezent para se përdorimi i meti të fillonte. Në disa qendra specializuara (kjo ekziston si praktikë e dokumentuar në programet e trajtimit të varësisë në disa vende, ndonjëherë quajtura "substitutim psikostimulant" ose stabilizim me agonistë), një stimulator i recetuar me kujdes dhe me veprim të zgjatur – kripëra të amfetaminës me çlirime graduale (Adderall XR) ose të ngjajshme – përdoret për një periudhë të shkurtër, posaçërisht për të mbuluar atë deficit në funksionet ekzekutive, ndërsa sistemi i dopaminës në seksionin 3 kryen punën e tij themelore dhe graduale të riparimit. E njëjta gjë si përdorimi i buprenorfinit për të stabilizuar një sistem të varur nga opioidet, në vend që ta lërre atë të rikuperohet plotësisht pa mbështetje.

Çfarë është kjo.	Çfarë nuk është kjo:
Një mjet klinik i specializuar dhe me kohë të kufizuar, i mbikëqyrur nga specialistë, i krijuar për të adresuar specifikisht defektet e funksioneve ekzekutive në fazat "Gray/Slow Return" të Sekcionit 2.	Drita jeshile për të vetë-shëruar "rrudhat" me çdo stimulant, i paraprirë ose jo.
Përdoret së bashku me, dhe jo në vend të, punës e nivelit 1 dhe nivelit 3 në këtë seksion.	Një alternativë për ushtrimet, gjumin dhe punën e lidhur me neuroplastiksinë që vërtet stimolon rikuperimin e receptorëve D2 në Seksionin 3.
Dëshmi të limituara dhe debate të vërteta brenda mjekësisë së varësisë — niveli i provave: Në fazë zhvillimi, jo i vendosur.	Një standard i trajtimit të vendosur dhe i parë, por shumica e specialistëve në fushën e varësisë ende e përdorin me kujdes, ose aspak.

TË JESH I DREJTUAR.

Nëse mjegulla dhe humbja e energjisë në fazat e hershme të rikuperimit ju bëjnë të dyshoni se mund të keni ADHD, ose që e keni pasur gjithmonë, atëherë ky është një

pyetje legjitime që duhet të diskutohet me një psikiatër, dhe nuk duhet të konsiderohet si "thjesht një efekt i abstinencës". Disa herë mund të jetë thjesht abstinenca. Tjetra, mund të ketë ekzistuar një rast real i ADHD që nuk është diagnostikuar më parë, dhe ky fakt ka qenë pjesë e asaj që bëri stimulantët aq tërheqës, siç thuhet në pyetjet e kategorizimit të seksionit 6. Një specialist mund t'ju ndihmojë të dalloni, dhe kjo është pikërisht biseda që "strukturat mbështetëse" synojnë të fillojnë, jo ta zëvendësojnë.

Niveli 3 – Mbështetja për Sistemin Nervor dhe Neuroplastiksinë (Sinjali i Riprimjes).

- Ushtrimi – ndërhyrja më e rëndësishme në këtë protokol të tërë. BDNF, sinjali i riparimit për aksonet e dëmtuara të dopaminës, i dokumentuar në pjesën 2 dhe pjesën 3, prodhohet kryesisht përmes aktiviteti fizik. Filloni sa më shpejt që është fizikisht e mundur, edhe vetëm për një periudhë të shkurtër, dhe rriteni gradualisht deri në 30-45 minuta aktivitet me intensitet moderatë deri të lartë shumicën e ditëve.
- Gjumë – 7-9 orë, një orar i rregullt; sinteza e BDNF dhe konsolidimi i memorie arrijnë kulmin gjatë gjumës, që do të thotë se gjumi i parregullt ngadalëson drejtpërdrejt procesin e riparimit të përshkruar në seksionin 3.
- Drita e diellit në mëngjes – Shumë se 20 minuta jashtë, idealisht brenda dy orëve të para që zgjohni, për sinkronizimin e ritmit cirkadian dhe mbështetjen e humorit.
- Aktivitet edukimi i ri dhe sfidues – 30+ minuta çdo ditë e diçkaje që kërkon përpjekje të mëdha (një instrument muzikor, një gjuhë, një aftësi komplekse) stimulon neuroplastiksinë më shumë se aktivitete pasive.
- Rutina ditore e strukturuar dhe riorganizimi i mjedisit – largimi ose ndryshimi i faktorëve që lidhen me vendet, personat dhe objektet e përdorimit.

Seksioni 9 — Rreth Stigmatizmit.

Metamfetamina ka një stigmatizim social më të fortë se shumicës së substancave të tjera që përfshihen në këtë bibliotekë – stereotipi i "personit të shtrembër", supozimet rreth kriminalitetit ose dështimit moral, dhe një nivel i revoltës në mënyrën sesi droga dhe përdoruesit e saj diskutohen publikisht që alkooli apo edhe varësia nga opioidet shpesh nuk kanë. Është e rëndësishme të theksohet drejt kjo, sesa të lihet pa u thënë, sepse ka një efekt praktik real dhe të dokumentuar: personat me çrregullim përdorimi të metamfetaminës raportojnë – dhe hulumtimet mbi paragjykimet e ofruesve të kujdesit shëndetësor konfirmojnë – se ata marrin një cilësi më të ulët të kujdesit, menaxhim më pak të thelluar të dhimbjes dhe një trajtim më sipërfaqësore. nga ofruesit e kujdesit mjekësor sesa te personat me çrregullime të tjera të përdorimit të substancave, edhe kur paraqesin të njëjtat simptoma.

TË GJESH DREJTËSI.

Nëse keni ndjerë se duhej të përgatitni veten para se të tregonit një mjeku, dentisti ose emergjencës atë që po ndodhte me ju, ajo instinkt nuk është paranoja. Është një reagim

i arsyeshëm ndaj një modeli real. Kjo nuk do të thotë se çdo specialist do t'ju trajtojë në këtë mënyrë, dhe nuk do të thotë që duhet të fshehni informacionin që ju mbron (sipas seksionit 0 dhe seksionit 5, për shkak të lidhjeve me rrezikun e psikozës, një histori e saktë është e rëndësishme për kujdesin tuaj). Megjithatë, kujdesi që mbani në atë bisedë nuk është një reaksion i tepruar ndaj asgjëje.

- Nëse toni i një ofruesi shiftohet dukshëm pasi përdorimi i metamfetaminës zbulohët, është e rëndësishme ta theksoni këtë drejtpërdrejt te ai ("Unë dua të sigurohem që ky historiku nuk ndryshon cilësinë e kujdesit që po marr këtu") ose, nëse kjo nuk funksionon, është e lejuar ta çoni çështjen tek një ofrues tjetër.
- Specialistët e mjekësisë së varësisë dhe klinikave që orientojnë në uljen e dëmëve zakonisht kanë më pak këtë përbëllyerje sesa praktika e përgjithshme ose ambjentet e emergjencës — vlen të kërkosh specifisht për kujdesin e vazhdueshëm, kur është e mundur.
- Stigma rreth ilaçit ka të bëjë me reputacionin e tij, jo me ju personalisht. Sistemi i dopaminës që rikuperohet, siç përshkruhet në pjesën 3, nuk u intereson asaj se çfarë supozojnë njerëzit rreth karakterit tuaj ndërsa kryen këtë punë.

Seksioni 10 — Njohja e Emergjencës, Ripetuar.

⚠ KUJDES

Telefononi menjëherë në findahelpline.com ose 112 për: mendime vetëvrasje ose një plan konkret, dhimbje në gjoks ose rrahje zemre të parregullta, dhimbje eparazgjatë e kokës ose shenja të sulmit në tru (zhurmë e fytyrës, dobësi e kërthyrës, fjalë e çalët), psikozë (delirime paranoidë, halucinatione) ose agjitacion ekstrem me humbje të kontrollit të sjelljes. Për vetëm simptomat e "crash"-it — lodhje, hipersomni, depresion, dëshira, mjegull kognitive — këto janë të pritur sipas Sekcionit 2, por një kontakt mbështetës dhe, nëse janë të rënda, një ekzaminim mjekësor ose psikiatrik i menjëhershëm janë ende të përshtatshëm.

Seksioni 11 — Hartë e referencave kryesore të protokolit.

Referencë.	Çfarë ofrohet këtu.
Udhëzues për Met/Stimulante, Recovery Kernel, Seksioni 3 (Protokolli i Detoksifikimit)	Kjo pjesë e udhëzimit është bazuar në kronologjinë e plotë të ngjarjeve dhe detajet e plota të dozimit dhe kohës së aplikimit që janë shpjegohet në seksionin 8, Niveli 1.
Recovery Kernel Compendium, Seksioni 16.4 (Riprimi i Receptorëve — Dëshmitë).	Citimet e Volkow et al. dhe Heinz et al. që janë përmendur në seksionin 3 për afatin kohor prej 12-17 muajsh, si edhe të dhënat krahasore për rimëkimin e receptorëve të alkoolit dhe kokainës.
Recovery Kernel Compendium,	Korniza e stabilizimit të krizës, e përmendur nëpër pjesët

Referencë.	Çfarë ofrohet këtu.
Protokolli 01 (Strehimi)	"goditje" dhe "thellim" të seksionit 2.
Recovery Kernel Compendium, Protokolli 05 (Rikonfigurimi Mjedisor).	Puna e heqjes së stimujve dhe e modifikimit të mjedisit që përmendet në seksionin 8, Niveli 3 — identifikimi dhe ndryshimi i personave, vendeve dhe objekteve të lidhura me përdorimin.
Compendium i Recovery Kernel, Protokolli 06 (Struktura Ditore).	Korniza e rutinave të qëndrueshme është e përshtatshme për t'u filluar rreth javëve 2-4 në Seksionin 2, pasi faza akute e krizës ka kaluar.
Recovery Kernel Compendium, Protokolli 20 (Rikrijimi i Identitetit) dhe C-28 ("Rivendosja").	Duke filluar rreth muajve 1-3 në Seksionin 2 — jo më herët. Ndërtimi i një identiteti dhe një grupi të kanaleve autentike dhe me intensitet të lartë, të përshtatshme për profilin "Warrior" COMT në Seksionin 6, në vend që të organizohet rreth drogës ose mungesës së saj.
Recovery Kernel Compendium, Seksioni 16 (Arkitektura e Neuroplastisitetit).	Korniza e plotë e rindërtimit prej 90 ditësh e përmendur në seksionin 3 – protokollet për ushtrimet, gjumin, mësimin dhe dritën diellore me detaje të plota, duke përfshirë strukturën javore pas nivelit 3 të shpjeguar në seksionin 8.
Guida për përdorimin e Recovery Kernel në lidhje me kemseksin.	Nëse përdorimi i metamfetaminës ka ndodhur në kontekstin e "chemsex" - specifisht, kombinim i GHB/metamfetaminës/mephedrones - afati i shkëputjes dhe kompleksi i suplementeve që trajtojnë këtë situatë shumë-substancore. Ky udhëzues mbulon vetëm përdorimin e metamfetaminës vetëm.
Kompleksi "Recovery Kernel" dhe Traumat Psikologike, Lidhja me Substancat.	Sipas seksionit 3 të këtij udhëzuesi (Aksin e përbashkët i substancës dhe traumës), hipervigilanca kronike e kanalizuar në arritje të detyruara është një rrugë e dokumentuar, e shkaktuar nga trauma, që çon në përdorimin e stimulantëve – vlen të lexohet së bashku me këtë udhëzues nëse ky model ju aplikon.

Seksioni 12 — Përfundimi

AZIL

Sistemi i dopaminës që metamfetamina ka "pushtuar" nuk është prishur përgjithmonë. Të dhënat janë specifike dhe reale: shkërim e matshme në javë, rimëkim struktural substancial brenda një viti deri në një vit e gjysmë, dhe një periudhë 90-ditorë ku ushtrimet e qëllimshme, gjumi dhe sfidat e reja bëjnë më shumë punë për rindërtimin sesa çdo moment tjetër i procesit. Mizëria e "crash"-it nuk ishte kurrë shenjë se diçka kishte shkuar keq. Ishte, dhe është, sinjali që riparimi ka filluar tashmë.

Burime për uljen e dëmtimeve – Nuk janë këshilla mjekësore – Nuk zëvendësojnë kujdesin e emergjencës.

Crisis Resources: 988 (Suicide & Crisis Lifeline, call or text) | Crisis Text: HOME to 741741 | SAMHSA: 1-800-662-4357